

УДК:159.923: 616.89

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Кошечая С. П.**

Национальный медицинский университет им. А. А.Богомольца, Украина, Киев

*В статье рассматриваются вопросы о психологической характеристике изменений личности при различных соматических заболеваниях не получил еще своего полного разрешения ни в теоретическом, ни в методическом плане. Было установлено, что развитие больной личности не дублирует развитие здоровой. Качественный анализ, возможность ретроспективного анализа жизненного пути человека до болезни, с одной стороны, и возможность прослеживания текущей жизни больного человека, с другой, позволяют выявить некоторые условия формирования и развития конкретных форм жизнедеятельности человека и вскрыть закономерности его мотивационно-потребностной сферы.*

*Ключевые слова: развитие, болезнь, мотивация, деятельность, опосредованность, образ жизни, социальная ситуация развития, субъективное отношение к болезни, мировоззренческая установка.*

*Кошова С. П. Особливості розвитку особистості при соматичних захворюваннях/ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна, Київ.*

*В статті розглядаються питання про психологічні характеристики змін особистості при різноманітних соматичних захворюваннях ще не отримало свого повного вирішення ні в теоретичному, ні в методичному плані. Було встановлене, що розвиток хворої особистості не дублює розвиток здорової людини. Якісний аналіз, можливість ретроспективного аналізу життєвого шляху особистості до хвороби, з одного боку, і можливість прослідковування*

*поточного життя хворої людини, з іншої, дозволяють виявити деякі умови формування і розвитку конкретних форм життєдіяльності людини і розкрити закономірності її мотиваційно-потребової сфери.*

*Ключові слова: розвиток, хвороба, кризи розвитку, мотивація, діяльність, опосередкування, стиль життя, соціальна ситуація розвитку, суб'єктивне відношення до хвороби, світоглядна установка.*

*Koshova S. P. Characteristics of personality development a somatic diseases/ Bohomolets National Medical University, Ukraine, Kyiv.*

*The questions of the psychological characteristics of personality changes in various somatic diseases does not receive their full resolution of any theoretical or methodological terms were examined in this article. It has been found that the development of a sick patient does not duplicate the development of a healthy person. Qualitative analysis of the possibility of a retrospective analysis of the human way of life before the disease on the one hand and the ability to follow the current life of the sick person on the other, reveals some conditions for the formation and development of specific forms of human life and discover the laws of its motivational sphere and its needs.*

*Key-words: development, disease, development crisis, motivation, activities, mediation, lifestyle, social situation of development, subjective attitude to illness, worldview installation.*

## **Вступление.**

Психологическое строение личности сложно. Оно связано с потребностью человека и его направленностью, с его эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как отдельные процессы, они по существу являются включенными в строение личности. Личность человека формируется и проявляется в его деятельности, поступках, действиях. В потребностях материальных и духовных выражается связь человека с окружающим миром, людьми. Оценивая человеческую личность, мы прежде всего характеризуем круг ее интересов, содержание ее

потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

Об изменениях личности мы говорим тогда, когда под влиянием соматической болезни у больного скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности.

Клинические формы изменения личности носят разнообразный характер: они могут проявляться в виде изменений эмоций (депрессии, эйфория), в виде нарушений мотивационной сферы (апатия, бездумность), в виде нарушения отношения к себе и окружающему (нарушение критики, изменение подконтрольности), в виде нарушения активности (пассивность) и т. д.

**Цель работы:** изучение процесса развития у людей с тяжелыми соматическими заболеваниями в ситуации диагностирования и в период лечения заболеваний.

Необходимо обратить внимание на то, что понятие развития личности в отечественных и зарубежных работах последних лет не противопоставляется адаптации, что является, по-видимому, историческим признанием целостности личности и неразрывности различных измерений ее самоактуализации. "Личность есть синтез всех характеристик человека в уникальную структуру, которая определяется и изменяется в результате адаптации к постоянно меняющейся среде" [1,35]. Развести адаптацию и собственно развитие, личностный рост можно, меняя психологический масштаб описания жизненного пути: по мнению польской исследовательницы Н. Sek, поворотные жизненные события (critical life events), в отличие от повседневных неприятностей, обладают более сильным, долгим и устойчивым эмоционально закрепленным влиянием на личность и могут быть рассмотрены как моменты личностного роста.

### **Анализ последних исследований и публикаций.**

До сих пор мы оставляли в стороне вопрос о психологической сущности процесса, в результате которого болезнь как событие человеческой жизни получает те или иные смысловые характеристики, т.е. свой личностный статус.

Для того, чтобы подойти к анализу этого процесса, необходимо более подробно остановиться на описании новой жизненной ситуации, возникающей в условиях болезни, и ее роли в судьбе человека как личности.

В литературе уже неоднократно отмечалось, что болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности (Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. и другие), может даже спровоцировать кризис психического развития человека и вследствие этого возникновение психических новообразований как нормального, так и патологического типа. Последние, в свою очередь, могут видоизменить весь имеющийся жизненный (в том числе и телесный) опыт. Для того, чтобы подойти к обсуждению психологической природы этих процессов, нам необходимо обратиться к существующим в психологии представлениям.

В отечественной психологии уже давно принято в качестве бесспорного положение о том, что развитие психики не есть стабильное и непрерывное движение, оно представляет собой прерывистый процесс, чреватый кризисами (Выготский Л. С., Божович Л.И., Запорожец А.В., Леонтьев А.Н., Эльконин Б.Д., и многие, многие другие). Понятие "кризис развития" использовано Л.С.Выготским еще в 30-х годах прошлого столетия для понимания переходных периодов в развитии психики ребенка. Согласно Л.С.Выготскому, кризисы развития возникают на "стыке двух возрастов и знаменуют собой завершение предыдущего этапа развития и начало следующего" (Божович Л.И, с.26). Накапливающиеся на каждом возрастном этапе онтогенеза психологические изменения подготавливают переход на новый этап психического развития, а новообразования каждого предыдущего этапа развития становятся основой для формирования психики на следующем этапе.

Обращение к понятию "социальная ситуация развития" при обсуждении вопросов изменения и развития личности в условиях соматического заболевания ставит перед нами задачу уточнения самого содержания этого понятия, его дифференциации с другими, сходными по значению понятиями. Прежде всего необходимо обратиться к представлению о социально-психологической ситуации или, точнее, социально-историческом образе жизни. В литературе мы часто находим использование этих понятий как идентичных. В частности, рассматривая проблемы развития личности, А.Г.Асмолов обращается к понятию социально-исторического образа жизни, который "характеризуется как совокупность типичных для данного общества, социальной группы или индивида видов жизнедеятельности, которые берутся в единстве с условиями жизни данной общности или индивида (Асмолов А.Г., с.166). Автор подчеркивает, что социальная ситуация развития "представляет собой именно условие осуществления деятельности и источник развития его личности" [3, 160], без которого "невозможен сложный процесс строительства личности", но вместе с тем эти условия рассматриваются "как безличные" предпосылки развития личности [3, 160].

Э. Фромм пишет, что психически здоровый индивид продуктивен и не отчуждаем; со своими эмоциями он ощущает связь с окружающим миром, со своим интеллектом он постигает объективную реальность; он осознает свою собственную неповторимую личность и чувствует свою связь с ближними [4,508].

Г. Оллпорт, проанализировав описания многих психологов, представил свойства личности, который могут быть отнесены к кругу нормальных, в виде следующего перечня: 1) интерес к внешнему миру, расширение связей «я» с внешним миром; 2) самообъективация, привнесение своего внутреннего опыта в актуально переживаемую ситуацию, способность юмористически окрашивать действительность; 3) наличие «жизненной философии», которая упорядочивает, систематизирует опыт и сообщает смысл индивидуальным поступкам; 4) способность к установлению теплых, душевных контактов с окружением; 5)

владение адекватными навыками, способностями и восприятиями, необходимыми при решении практических проблем повседневной жизни; 6) любовь и уважение ко всему животному [4,624-626]. Оллпорт подчеркивает, что функционирование основных мотивов в определяющей части происходит вполне сознательно и здоровый, нормальный индивид всегда знает, что он делает и зачем он это делает. Оллпорт выделяет ряд психологических механизмов, которые свойственны нормальной личности: 1) активная позиция по отношению к действительности, изучение и преодоление реальности, а не бегство от нее; 2) доступность опыта сознанию (т.е. способность видеть события собственной жизни такими, каковы они есть, не прибегая к «психологической защите»); 3) самопознание с присутствием юмора; 4) способность к абстракции; 5) постоянный процесс индивидуализации — развития и усложнения внутренней личности, не приводящий, однако, к аутизму; 6) функциональная автономность мотивов; 7) устойчивость к фрустрациям [4,630-631].

В противоположность анаболическим механизмам, обеспечивающим психическое здоровье, Оллпорт приводит список катаболических, патогенных механизмов (свойств). Это: 1) пассивная позиция по отношению к действительности; 2) вытеснения; 3) другие способы защиты «я» (рационализация, реактивные образования, проекции и замещения, всевозможные формы искажения истинного положения вещей в угоду внутреннему равновесию и спокойствию); 4) ограниченность мышления на конкретном уровне; 5) всевозможные формы «остановки» развития. По мнению Оллпорта, именно эти механизмы, которые качественно отличаются от анаболических, характерны для различных случаев аномалий, в том числе и для людей с тяжелыми соматическими заболеваниями [4,634].

Практика соматической медицины выдвигает перед психологией большой круг исследований, которые, главным образом, сводятся к исследованию психологии личности. Знание личностных особенностей заболевшего человека необходимо клиницисту для определения прогноза заболевания (возможности

образования вторичных симптомов), для выбора правильной тактики терапевтических и психотерапевтических воздействий, для решения вопроса о возможности сообщения больному диагноза и для многого другого.

При решении этих вопросов, казалось бы строго медицинского характера, вырисовывается круг чисто психологических проблем: это проблема изменения ведущей деятельности; проблема формирования новой ведущей деятельности, замещающей прежнюю, измененную или распавшуюся в процессе заболевания, иными словами, проблема направленного формирования новых ведущих мотивов, направленного формирования новых целей и ценностных установок, проблема сознания своей болезни, проблема подконтрольности или критичности.

Остановимся вкратце на некоторых из этих проблем.

Всякое тяжелое (особенно хроническое, онкологическое) заболевание ставит препятствия на пути реализации мотивов деятельности. При этом для судьбы человека и для его заболевания безразлично, какая деятельность фрустрируется — ведущая или подчиненная. Представляет интерес, что именно в момент тяжелого заболевания и выявляется в полной мере, какая по содержанию деятельность была ведущей для человека.

Встает важный вопрос о замещении ведущей деятельности какой-либо другой, об условиях, необходимых для этого. Возникает проблема защитных механизмов личности, ее компенсаторных возможностей, границах личностной компенсации.

Данные, полученные В.В.Николаевой и ее сотрудниками, показали, что компенсаторные или защитные механизмы тесно связаны по крайней мере с двумя группами явлений: во-первых, с уровнем осознания своей болезни и своего отношения к ней, во-вторых, со структурой деятельности человека (иерархией его мотивов до болезни, степенью их опосредствованности и т.п.).

Напомним, что еще в 1936 г. терапевт Р.А.Лурия писал о разных уровнях осознания больным своей болезни. Исследования позволяют выделить несколько уровней осознания больным собственной болезни: уровень

непосредственно-чувственного отражения (болезненные ощущения), уровень эмоциональный (то, что принято называть переживанием болезни), уровень рациональной переработки фактов, связанных с болезнью, а также уровень мотивационный. Удельный вес каждого уровня различен как на разных стадиях одного и того же заболевания, так и при разных болезнях [5,31-45].

Субъективная концепция болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях). Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. По мнению З.Д. Липовски, психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни. Реакции на информацию о заболевании зависят от «значения болезни» для больного [6,222-223].

Стоит отметить, что существует неоднозначное мнение о необходимости информирования пациента на определенных этапах развития болезни, а также влиянии информации на формирование субъективной концепции болезни. По мнению Х. Роснера, информирования пациента является обязательным вне зависимости от этапа течения заболевания, скорости лечения и сложности, ввиду того, что больные часто догадываются о своем текущем состоянии. Н.Н. Блохин утверждает обратное: информирование должно зависеть от характерологических особенностей заболевания [6,297-298].

К личностным особенностям, влияющим на тип психического реагирования на заболевание, относится «антиципационная самостоятельность» – способность построения программы собственных действий в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти. Уровень образования человека и уровень его культуры как личное свойство также влияет на оценку



субъективной тяжести болезни. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснить предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание. На выработку субъективного отношения к болезни оказывают влияние такие факторы, как пол, возраст, профессия, темперамент, характер и личность больного. Так, А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев выявили, что расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями наиболее выражены в молодом и предстарческом возрасте [7,102].

Из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, следует также отметить мировоззрение. Выделяют несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний: болезнь, как кара; болезнь, как испытание; болезнь, как назидание другим; болезнь, как расплата за грехи предков [6,54]. Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида.

Другая группа мировоззренческих установок является представлением о болезнях, как вызванных наследственными и средовыми причинами: болезнь, как неизбежность; болезнь, как стечение обстоятельств; болезнь как собственная ошибка.

В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе, и происхождение болезней) рассматриваются сквозь призму внешней или внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболевания.

Противоположная тенденция – полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека. Позиция «болезнь как собственная ошибка» обычно связана с «локусом контроля» человека.

Третья мировоззренческая платформа базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза: болезнь вследствие зависти; болезнь вследствие

ревности. В рамках подобного подхода источник болезней видится в предвзятом отношении окружающих людей к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» [7,105].

Осознание болезни связано теснейшим образом со строением мотивационной сферы человека до его болезни, с тем, что А.Н.Леонтьев обозначает как «одно- или «многовершинность» мотивационной сферы». Так, «одновершинность» мотивационной сферы в сочетании с узостью содержания ведущей деятельности может в некоторых случаях привести при тяжелом заболевании к ипохондрическому развитию личности, создать сложности при построении системы замещающей деятельности. В то же время многовершинность мотивационной сферы создает большие возможности для замещения, построения новой ведущей деятельности. Вместе с тем иногда наблюдается и такое явление: при условии неполного осознания болезни широта, многовершинность мотивационной сферы несет в себе опасность некритического отношения к своему состоянию. Некритичность не позволяет заболевшему человеку овладеть своими многочисленными побуждениями, «пожертвовать» некоторыми из них. Таким образом возникает проблема формирования контроля за своим поведением, проблема формирования опосредования [8,127-175].

С этими вопросами тесно связана и проблема внезапных «перемен» личности под влиянием такого экстремального фактора как неизлечимая болезнь. Наблюдения (Николаева В.В.) показывают, что такие изменения нередки у онкологических больных при внезапном узнавании диагноза; столь же резкие перестройки мотивационной личности возможны у больных, перенесших тяжелую операцию на сердце.

Развитие и созревание личности проявляется во многих аспектах. Одним из важнейших индикаторов процесса созревания личности является возможность опосредования своего поведения. Еще в 1927 г. Л. С. Выготский, высказав положение о том, что развитие высших психических функций человека определяется не законами биологической эволюции, а законами

исторического развития общества, подчеркивал неоднократно опосредованный характер психических процессов. Эти идеи Л. С. Выготского были продолжены и разработаны его ближайшими сотрудниками и учениками. Исследования А. Н. Леонтьева, П. Я. Гальперина, А. В. Запорожца, А. Р. Лурии и др. показали, что все сложные формы психической деятельности являются продуктом усвоения общественно-социального опыта и обладают опосредованной структурой.

Однако сам процесс опосредования не является однозначным и однослойным. Проблема опосредования может разрешаться в разных аспектах. Один из них касается строения психических процессов, где деятельность опосредована, обнаруживается на уровне овладения своими операциями. Проблема опосредования может быть также отражена и при разрешении вопроса о целеполагании (Левин, Тихомиров). И, наконец, процесс опосредования может быть включен в структуры личностных образований. В этом случае опосредование выступает как один из важнейших индикаторов личности.

Подчеркивая важнейшую роль деятельности в формировании личности, А. Н. Леонтьев пишет, что иерархические отношения между мотивами «определяются складывающимися связями деятельности субъекта, их опосредствованиями» (Леонтьев А.Н., 2003). Опосредствование связано, с одной стороны, с осознанием мотивов деятельности, перспективных целей, с другой стороны — с критичностью, с правильной оценкой своего «Я» и других, с возможностью регуляции своего поведения.

### **Выводы.**

Таким образом, основным радикалом развитой личности является возможность опосредования своего поведения, возможность его регуляции, умение увидеть свои ошибки и, главное, уметь их исправлять.

Таким образом, процесс происхождения противоречия выглядит так. Вначале появляется изменение прежних отношений, запросов, требований к окружающему миру. Это сигнал (критерий) глубокой внутренней работы.

Следующий этап — в той или иной степени осознание происшедшего, обозначение его для себя человеком. И, наконец, последний этап — появление и укоренение нового в мировоззрении, т.е. рождение новых конкретных отношений к миру, новых требований к себе и другим, новых повседневных действий и привычек.

Подводя итогу, можно констатировать, что субъективная концепция болезни является сложным динамическим образованием и в своем формировании обусловлена многообразием факторов. Изучение субъективной концепции болезни необходимо для четкого понимания протекания психических процессов и психической активности в условиях болезни, а также построение адекватных программ врачебной и психологической интервенции.

Даже из приведенного далеко не полного описания видно, насколько сложен путь разрешения закономерно возникающих противоречий, путь развития, путь самоизменения. Внутренняя перестройка всегда несколько запаздывает относительно уже свершившегося изменения действительности и всегда опосредована трудной и порой мучительной душевной работой. Если же, наконец, происходит существенное изменение смысловой сферы, смысловых образований и личностных ценностей, это, как правило, означает новый этап развития личности, который в нормальном, поступательном движении этого развития поднимает человека еще на одну ступень, приближая к идеалу полного раскрытия человеческой сущности; в случаях же аномального развития — это уводит человека в сторону, отдаляет от идеала, преграждает путь к нему.

## **Литература**

1. Личность: определение и предсказание // Вопр. психологии. — 1992. — №3-4. — с.34 — 42.
2. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте.— М., 1986. — 464с.
3. Асмолов А. Г. Психология личности. Учебник. — М., 1990. — 336 с.
4. Фрейджер Р., Фэйдимен Д. Теории личности и личностный рост. — СПб., 2002. — 690с.

5. Конечный Р., Боухал, М. Психология в медицине. – Прага, 1972. –275 с.
6. Менделевич В. Д. Клиническая медицинская психология. — Москва: «МЕДпресс», 1998. – 592 с.
7. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. – Л, 1980. – С.184.
8. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975. – 304 с.

#### **References:**

1. Lichnost': opredelenie i predskazanie // Vopr. psihologii. – 1992. – №3-4. – s.34 – 42.
2. Bozhovich L. I. Lichnost' i ee formirovanie v detskom vozraste.– М., 1986. – 464s.
3. Asmolov A. G. Psihologija lichnosti. Uchebnik. – М., 1990. – 336 s.
4. Frejdzher R., Fjejdimen D. Teorii lichnosti i lichnostnyj rost. – SPb., 2002. – 690s.
5. Konechnyj R., Bouhal, M. Psihologija v medicine. – Praga, 1972. –275 s.
6. Mendelevich V. D. Klinicheskaja medicinskaja psihologija. — Moskva: «MEDpress», 1998. – 592 s.
7. Kvasenko A. V., Zubarev Ju. G. Psihologija bol'nogo. – L, 1980. – S.184.
8. Leont'ev A. N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. – М., 1975. – 304 s.